




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



EFES

aihus

ORIGINAL ARTICLE/ARTICLE ORIGINAL

The clinical value and cost effectiveness of using psychometric-rating scales in the assessment of patients with gender dysphoria

Valeur clinique et rentabilité de l'emploi d'échelles d'évaluation psychométriques dans l'évaluation des patients présentant une dysphorie de genre

Valor clínico y rentabilidad de la utilización de escalas de evaluación psicométricas en el estudio de pacientes que presentan una disforia de género

S. Gillott (MB), K. Wylie (MB, MD, DSM, FRCP, FRCPsych)*

Sexual Medicine, Porterbrook Clinic, 75, Osborne Road, Nether Edge, Sheffield, S11 9BF Yorkshire, UK

Available online 26 October 2008

KEYWORDS

Gender
questionnaire;
Scale;
Quality;
Team

Summary Management of gender dysphoria (GD) is a multifactorial condition with no clearly defined aetiology. Treatment is mainly underpinned by the Harry Benjamin International standards of care. Central to the standards of care is the assertion that before undergoing any treatment, an individual must have a suitable "diagnostic assessment". The Porterbrook Clinic in Sheffield, where this audit was based, previously interpreted this as, amongst other measures, requiring patients to have a psychological assessment using six psychometric-rating scales (HAD A and D, SAD, QOLI, MMPI-2, MCMI-III and SCL-90-R). The aim of the audit was to assess the efficacy of this approach. A review of 80 patients case notes was carried out to assess the impact of the scales on their clinical management. It revealed that although the psychometric scales showed some significant-clinical results, they were being ignored by clinicians. The scales did not impact on overall-health care where a patient led diagnosis of GD was more influential. © 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Corresponding author.

E-mail address: k.r.wylie@sheffield.ac.uk (K. Wylie).

MOTS CLÉS

Genre ;
Questionnaire ;
Échelles ;
Qualité équipe

PALABRAS CLAVE

Género;
Cuestionario;
Evaluación
psicométrica;
Calidad

Résumé La gestion de la dysphorie de genre (DG) est celle d'un état multifactoriel, sans étiologie clairement définie. Le traitement s'appuie essentiellement sur les standards internationaux de prise en charge de Harry Benjamin. Un point central des standards de prise en charge consiste en l'affirmation qu'avant de subir un traitement, un individu doit avoir une évaluation diagnostique « appropriée ». La clinique de Porterbrook à Sheffield, où est basé cet audit, a interprété cela entre autres mesures, en demandant que les patients aient une évaluation psychologique basée sur l'utilisation de six échelles d'évaluation psychométriques (HAD A et D, SAD, QOLI, MMPI-2, MCMI-III et SCL-90-R). Le but de l'audit était d'évaluer l'efficacité de cette approche. Un examen de 80 notes de cas de patients a été effectué pour évaluer l'impact des barèmes d'évaluation sur la gestion clinique. Cela a indiqué que bien que les barèmes psychométriques aient montré quelques résultats cliniques significatifs, ils étaient ignorés par les cliniciens. Les barèmes des échelles n'ont pas eu d'impact sur la prise en charge de santé globale du patient lorsque le diagnostic de DG induit par le patient était plus influent.
© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Resumen La gestión de la disforia de género (DG) es una condición multifactorial que no tiene una etiología bien definida. El tratamiento se apoya esencialmente sobre las Normas Internacionales de Actuación de Harry Benjamin. Lo fundamental de estas Normas de Actuación, es la aseveración de que antes de aplicar un tratamiento, un individuo debe haber pasado una "evaluación diagnóstica" apropiada. La clínica de Porter Brook en Sheffield, donde se basó esta auditoría, ha interpretado previamente esta normativa, entre otras medidas, pidiendo a los paciente que hagan una evaluación psicológica utilizando 6 escalas de evaluación psicométrica (HAD A y D, SAD, QOLI, MMPI-2, MCMI-III y SCL-90-R). La finalidad de esta auditoría era evaluar la eficacia de este enfoque. Se realizó una revisión de 80 puntuaciones de casos de pacientes para verificar el impacto de los baremos de evaluación sobre la gestión clínica. El resultado mostró que aunque en los baremos psicométricos hayan aparecido algunos resultados clínicos significativos, éstos también habían sido ignorados por los clínicos. Los baremos de las escalas no han tenido impacto sobre la actuación de la salud global del paciente, cuando el diagnóstico de DG llevado por el paciente fué mas influyente.
© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Abridged version**Introduction**

Cet audit a eu lieu à la clinique Porterbrook de Sheffield. Il s'agit d'un centre régional du système national de santé du Royaume-Uni (NHS) au Royaume-Uni, qui propose les services des spécialistes aux patients ayant des troubles de l'identité de genre (TIG). L'ancien protocole, développé en janvier 1998 dans cette clinique, a été modifié : dans le cadre de l'évaluation clinique initiale du patient, en lieu d'un psychologue clinicien, on a fait passer six tests psychologiques – MCMI-III, MMPI-2, QOLI, SCL-90-R, SAD et HAD (A et D)¹.

L'objectif de cet audit était d'évaluer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des tests précédemment utilisés à la clinique de Porterbrook. Par exemple, ont-ils eu un impact sur la prise en charge des patients avec TIG ? L'importance des sommes d'argent dépensées pourraient-elles être utilisées à meilleur escient à d'autres fins ?

Matériel et méthodes

On a utilisé deux bases de données existantes ; l'une comporte les données démographiques : les détails des traitements et d'évaluation des patients ; la seconde comprend les résultats des tests psychométriques. Les deux bases contiennent les données de 80 patients de la clinique Porterbrook de Sheffield ayant des troubles de l'identité de genre ayant quitté le service. La méthode de collecte des données a consisté à passer en revue les notes d'observations cliniques des patients. Nous avons choisi cette méthode en raison de la prise en charge multidisciplinaire des patients transgenres dans la clinique. Les notes constituent, pour chaque patient, la principale forme de communication entre les différentes spécialités. Nous avons donc considéré qu'elles étaient le meilleur moyen d'évaluer la valeur clinique des échelles de scores. Par exemple, les résultats discutés figuraient-ils dans les notes ? Comment les résultats sont-ils analysés ? Y fait-on directement référence ? Le traitement était-il à l'évidence orienté en fonction de ces résultats ? Les résultats des tests étaient-ils vraiment écrits dans les notes lorsqu'ils avaient bel et bien été

¹ MCMI-III : Millon Clinical-Multiaxial Inventory-III : Inventaire de personnalité qui permet d'identifier les troubles de la personnalité relatifs au DSM-IV ; peut être utilisé pour une évaluation des émotions, du comportement et des difficultés interpersonnelles ; MMPI-2 : Inventaire mutiphase de personnalité du Minnesota ; pour l'évaluation des troubles de la personnalité et des troubles psychiques ; QOLI : Brief Quality of Life Interview : instrument d'évaluation de la qualité de vie sous ses aspects subjectifs et objectifs ; SCL-90-R : Symptom Checklist-90-R : instrument de mesure de psychopathologie générale ; SAD : Social Avoidance and Distress ; HAD : Hospital Anxiety and Depression scale : test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression.

effectués? Les différents professionnels ont-ils discuté des résultats?

Résultats

Les résultats des tests psychométriques MCMI-III et MPMI-2 n'ont été ni analysés ni présentés dans cette section (cf. discussion). On les a cependant pris en compte lors du calcul des coûts. Le résumé des cinq tests ci-dessous concerne donc les tests SAD, HADA, HADD, QOLI et SCL-90-R.

Le Tableau 1 indique combien les cinq tests psychométriques ont été achevés par chacun des patients testés. Sur les 80 patients, 28 ont effectué les cinq tests psychométriques suggérés par le protocole et 19 n'en ont effectué aucun. Sur tous les tests effectués, il n'est fait référence aux résultats dans les notes que pour quatre patients seulement et, à une seule occasion, il est fait mention de la prise en charge du patient en fonction directe des résultats des tests. Vingt-cinq des patients ont répété tout ou partie de leurs résultats de tests. Les résultats ci-dessous concernent seulement les tests psychométriques achevés (aucun résultat des tests inachevés n'a été inclus).

HADA et HADD

Trente-quatre patients ont effectué les tests HADA et HADD. Seuls 18 % des patients ayant effectué le test HADA et 6 % des patients ayant effectué le test HADD ont obtenu un score égal ou supérieur à 13. La majorité des patients ont obtenu entre 0 et 9 ; 68 % HADA et 82 % HADD (Tableaux 2 et 3).

QOLI

Cinquante et un patients ont rempli l'échelle de score QOLI. Pour 43 % d'entre eux, la qualité de vie était qualifiée de « très mauvaise » et pour 6 %, elle était qualifiée de « très bonne ».

SAD

Trente-quatre patients ont achevé le test SAD, dont 76 % ont obtenu un score inférieur à 18.

SCL-90-R

Soixante patients ont achevé le test SCL-90-R. En ce qui concerne le score des symptômes généraux, 35 % de ces patients ont obtenu un score de 50 ou plus. Pour ce qui est du test SCL-90 de mesure d'anxiété, 68 % ont obtenu un score inférieur à 50. Quant au test SCL-90 de mesure de dépression, 60 % ont obtenu un score inférieur à 50.

Rapport coût—efficacité

On a calculé que la durée moyenne par patient requise pour effectuer un test psychométrique, incluant le temps d'administration et le temps d'explication du test, s'élevait à environ 30 minutes (Tableau 6). Cela équivaut à une durée de trois heures pour une batterie de six tests. Le taux horaire de l'infirmière qui administre les tests est d'environ 17,50 € par heure. Si l'on prend en compte cette rémunération et le coût des tests, la clinique doit déboursier 127,80 € par patient et par batterie des six tests psychométriques. Six mois plus tard, ce coût sera ensuite doublé lorsque les tests doivent être répétés.

Discussion

Les résultats suggèrent que les évaluations des patients n'ont pas été effectuées convenablement, selon ce qui est indiqué dans le protocole. Lors du premier rendez-vous, seuls 28 patients sur 80 (35 %) ont achevé tous les tests psychométriques. Dix-neuf patients (24 %) n'en ont achevé qu'un seul. Sur les patients qui ont effectué un ou plusieurs tests, seuls 25 en ont répété un ou plusieurs. Les résultats montrent également que les scores des tests n'ont ni été documentés ni commentés par le personnel. Il n'est fait référence aux résultats des tests que dans quatre cas et pour un seul cas, les notes montraient, à l'évidence, que les résultats des tests ont influé sur la prise en charge du patient.

La discussion sur les tests psychométriques avec les membres de l'équipe a révélé qu'ils étaient réticents à l'idée d'interpréter les résultats. Les tests MMPI-2 et MCMI-III furent, en fait, exclus de la section des résultats. Comme l'indique la société qui les a conçus, leur objectif est d'apporter un soutien précieux aux psychologues et aux autres professionnels de santé mentale. Par conséquent, nous n'avons pas tenté de les interpréter. À entendre les thérapeutes, ils préféreraient nettement qu'un psychologue effectue une évaluation psychologique complète des patients avant le début de la thérapie.

Selon nous, il semblerait que certains tests, notamment les tests QOLI et SCL-90-R, peuvent facilement être manipulés. De nombreux patients, qui se rendent à la clinique, pensent que le personnel va tenter de les dissuader de subir le traitement qu'ils souhaitent désespérément. Sur de nombreux sites Internet utilisés comme des forums de soutien pour les patients ayant des troubles de l'identité de genre, les patients trouvent des informations sur ce qu'ils doivent dire pour être sûrs de bénéficier d'un traitement, ils essayent donc de le mettre en évidence dans les résultats des tests, en indiquant qu'il sont extrêmement malheureux de certaines choses et « extrêmement » affectés par d'autres. Il nous semble que les tests QOLI et SCL-90-R sont les plus facilement manipulables car les patients y expriment leurs degrés de malheur et de détresse causés par certains aspects de leurs vies. Cependant, la seule façon d'en être sûr serait de comparer les résultats des tests de ces patients avec les résultats des patients qui n'ont pas de troubles de l'identité de genre.

Les tests psychométriques HADA, D, SAD et SCL-90-GSI n'ont montré aucun résultat significatif. Dans le test HADA, seuls 18 % des patients ont obtenu un score égal ou supérieur à 13 et dans le test HADD, seuls 6 % ont obtenu un score de 13 ou plus. Les résultats du test SAD semblent assez similaires car seulement 24 % des patients obtiennent un score de 18 ou plus. Dans le test SCL-90-GSI, un pourcentage de patient légèrement supérieur a obtenu un score significatif. En effet, 35 % des patients obtiennent un score de 50 ou plus, mais 65 % des patients obtiennent un score inférieur à 50.

En revanche, les résultats du test QOLI semblent assez significatifs. Quarante-trois pour cent ont obtenu un score « très faible » comparé à seulement 6 % qui obtiennent un résultat indiquant une haute qualité de vie. Cependant, ce résultat correspondait assez clairement à un patient ayant des troubles de l'identité de genre, c'est-à-dire à

quelqu'un qui doit vivre dans un genre dans lequel il ne se reconnaît pas.

Dans l'ensemble, on peut donc constater que mis à part le test QOLI, aucun des autres tests ne montrent de résultats significatifs. Cependant, il ne faut pas oublier que tous ces résultats doivent être considérés avec précaution, puisque l'on a indiqué que les tests n'ont pas été appliqués rigoureusement.

Notre étude a évalué l'utilisation de certains tests psychométriques sur les patients ayant des troubles de l'identité de genre dans un secteur très spécialisé du système de santé britannique (NHS). Nous avons constaté que ces tests n'étaient pas administrés de façon constante qu'il n'y a eu aucune formation relative à leur utilisation et que la plupart des professionnels travaillant dans la clinique ne les comprenaient pas bien. Les patients étaient réticents et se sentaient dépassés par ces tests qu'ils considéraient comme un outil servant à les juger plutôt qu'à les aider. De plus, ces tests pouvaient être facilement manipulés, bien que les résultats semblent indiquer le contraire.

Pour améliorer la prise en charge des patients ayant des troubles de l'identité de genre, il faut trouver une approche nouvelle ou différente pour cette section de l'évaluation. Cela peut passer par une meilleure connaissance de la façon d'utiliser les tests grâce à la formation du personnel ou par une suppression de tous les tests. Idéalement, la solution serait l'emploi de psychologues cliniciens, car ce professionnel apporterait une autre compétence, ajustée au patient et à la clinique. De plus, l'offre de retour d'information rapide sur les résultats des tests au patient et au reste de l'équipe clinique serait l'occasion d'aborder les problèmes identifiés par les questionnaires tôt dans le processus d'accompagnement de l'expérience de vie réelle.

On peut se demander si l'évaluation que les patients reçoivent déjà, d'abord par un psychiatre avant d'être vus en clinique, puis par un sexologue et trois thérapeutes (psychothérapeute, orthophoniste thérapeute du langage et un conseiller en image personnelle) n'est pas suffisante. Les résultats des tests sembleraient soutenir cet argument, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas significatifs, suggérant que l'équipe offre des traitements seulement aux patients qui ont des réels troubles de l'identité de genre. Les recommandations de Harry Benjamin n'étant pas spécifiques, une autre méthode d'évaluation supplémentaire est-elle vraiment requise? Et qu'est-ce qu'un profil psychologique effectué par un psychologue ajouterait à l'évaluation? Elle peut fournir au personnel une évaluation adéquate de la personnalité du patient et ses stratégies d'adaptation, mais le fait de savoir si cette connaissance aurait une influence sur la prise en charge du patient est une autre question.

Conclusion

En conclusion, la plupart des échelles d'évaluation psychométriques sembleraient avoir une influence limitée, voire minime sur l'évaluation préliminaire du diagnostic des patients ayant des troubles de l'identité de genre et sur leur prise en charge ultérieure. Le personnel a été surpris de constater que plus de la moitié des patients rencontraient des problèmes avec les questionnaires fournis. On a suggéré qu'en termes de rapport coût-efficacité, l'argent qui a

servi à l'administration de la plupart des tests aurait pu être mieux dépensé à d'autres fins. Une utilisation spécifique des tests visant à aider à exclure des psychopathologies ou à mesurer les résultats au cours de la transition aurait été une meilleure utilisation de ressources limitées.

Full version

Introduction

This audit was conducted at the Porterbrook Clinic in Sheffield. It is a regional NHS-funded centre in the UK that offers specialist support for patients with Gender dysphoria (GD). In the UK, approximately 400 gender reassignment operations take place per year with just over half being funded by the NHS. The waiting lists are long. The principal reason for such waiting lists is due to restricted funding from Primary Care Trusts (PCTs). Gender reassignment is a specialist service, thus within the NHS staff and resources are scarce. At the time of this study, in Sheffield, for example, the health authority only readily provided funding for two sex-change operations per year. This dramatically increased waiting times, which can be for up to six years.

Gender dysphoria (sometimes referred to as gender-identity disorder (GID) or transsexualism) is a comparatively rare condition. In order to be formally diagnosed as suffering from a GID, an individual must meet specific criteria in one of two official nomenclatures, the ICD-10 and the DSM-IV. Despite the large number of suggestions that have been put forward, a clear aetiology of GD is yet to be defined.

Gender reassignment is not only a completely life-changing experience, but it also involves major surgery. For a transwoman (male to female) a complete reassignment involves an orchidectomy and penectomy, vaginoplasty and clitoroplasty. For a transman (female to male) the process involves a hysterectomy, salpingo-oophorectomy, vaginectomy, metoidioplasty, scrotoplasty, urethroplasty and phalloplasty. Due to the litigious society that we live in, such operations cannot afford to be done solely on demand by individuals and, therefore, it is essential that these patients are being correctly assessed.

The Harry Benjamin International standards of care for GIDs, initially established in 1979 and now on their sixth version (2001), is the most widely recognised authority on guiding the management of patients with GD. Their recommendations include criteria for diagnostic assessment, psychotherapy, the real-life experience (RLE), hormonal therapy and surgery.

The RLE can happen at a predetermined time or before starting hormonal therapy; the decision usually depends on local policy. The person must aim to maintain full or part-time employment or function as a student or in a community-based volunteer activity in their chosen gender. Since changing one's gender has immediate profound and social consequences, the RLE gives awareness of what the familial, vocational, interpersonal, educational, economic and legal consequences are likely to be. Although society appears to be more accepting of transsexualism than it used to be, there was still the need recently to pass the Gender Recognition Act 2004, which, for the first time in the UK law,

allowed full legal recognition of transsexual people in their acquired gender.

A literature search, carried out before the audit began, showed that patients presenting with true GD have no significantly raised psychopathology when compared to patients with mental disorders and with healthy adults (Haraldsden and Dahl, 2000). However, many people presenting to specialist centres with suspected GD might have other comorbid psychopathologies or indeed suffering from a significant mental illness that led them to believe that they were gender dysphoric (Levine, 1980). Similarly, it has been shown that once patients begin the process of gender reassignment, the hormonal changes that they go through can have an enormous effect on the individual's psyche (Feinberg, 1999).

As a result and as stated in the Harry Benjamin standards of care, a patient considering a gender reassignment must have a "suitable-diagnostic assessment" before and during the reassignment process.

The previous protocol at the Porterbrook clinic was developed in January 1998. In lieu of a clinical psychologist and as part of the initial-clinical assessment of the patient, the following six psychometric tests, MCMI-III, MMPI-2, QOLI, SCL-90-R, SAD and HAD (A and D) were administered.

The Millon Clinical-Multiaxial Inventory-III (Millon, 1997 – MCMI-III) is commonly used to measure adult psychopathology, as is the Minnesota Multiphasic-Personality Inventory-2 (Hathaway and McKinley, 1989 – MMPI-2). They are both very long tests in comparison with the QOLI (Frisch, Quality of Life inventory), which focuses on 16 areas of a patient's life, such as love, work and play and gives an overall score and rating (ranging from a "very low" quality of life to a "high"). The Symptom checklist 90 – revised (Derogatis et al., 1976 – SCL-90-R) is used to evaluate a broad range of psychological problems and symptoms of psychopathology. The results are divided into those having symptoms scoring less than 50 and those scoring 50+. The HAD (Zigmond and Snaith, 1983) A and D measure anxiety and depression. The parameters for measuring the levels of anxiety and distress are scores 0 to 9, 10 to 12 and 13+. The Social activities and distress scale (SAD) is designed to assess the individuals' social functioning. The results of which are divided into scores of less than 18 and 18+.

The Porterbrook protocol then stated that these tests were to be repeated after six months of assessment. This second-time scale varied slightly due to earlier changes when hormonal treatment can be started than in the past. The score results were then reviewed and used to assess the patient and in turn help decide on management.

The aim of this audit was to assess the clinical and financial efficacy of the tests previously used at the Porterbrook Clinic. Did they, for example, affect the management of the gender-dysphoric patient and could the significant amount of money they cost be put to better use elsewhere?

Materials and methods

Two existing databases were used; one recording the demographic's details of treatment and details of assessment of the patients and the second with the results of the psychometric tests. Both the databases included data from 80

existing and discharged gender-dysphoric patients at the Porterbrook Clinic in Sheffield. The additional collection of data from the medical notes for the audit was carried out between the 20th February 2006 and 17th March 2006, so all results noted are true for that period only.

The audit included all patients who had already had a first appointment at the Clinic (even if currently discharged) between the introduction of the new protocol of care in 1998 and the end of the data collection period of the audit, 17th March 2006.

The method of data collection was detailed by review of the patient's notes. The notes contain details of all current medical and therapeutic treatments (including speech and language and psychotherapy), previous psychiatric reports, notes from previous centres of treatment and all correspondence between patient and the team.

We chose this method, as the management of the gender patients in the clinic is multidisciplinary. The notes are the main form of communication between the different specialities involved in an individual and, therefore, we saw them as the best way to assess the clinical value of the rating scales. For example, were the results being discussed in the notes? How are the results being analysed? Is there direct referencing to them? Was treatment being obviously directed due to their results? Were the results of the tests actually written in the notes if they had in fact even been carried out? Was there discussion of the results between the different professionals?

Results

The results of the MCMI-III and the MPMI-2 psychometric tests have not been analysed and displayed in this section (see discussion). They have, however, been taken into account when working out costs. The summary for the five tests below, therefore, refer to the SAD, HAD A, HAD D, QOLI and SCL-90-R.

Table 1 reports how many of the five psychometric tests were completed by each of the audited patients. Of the 80 patients, 28 took all the five psychometric tests suggested by the protocol and 19 took none. Of all the tests that were taken, only four patients had their results referred to in their notes and on only one occasion was it documented that action in the patient's management was taken as a direct result of the test scores. Twenty-five of the patients had some or all of their test results repeated.

The results below only relate to the completed-psychometric tests, that is, no figures for uncompleted tests have been included.

Table 1 Number of patients completing the tests.
Nombre de patients ayant complété les tests.

Number of tests taken	Number of patients
0	19
1	7
2	19
3	0
4	7
5	28

Table 2 HADA test-score results.*Résultats des scores du HAD A.*

HAD A	Number of patients	Percentage of patients
0 to 9	23	68
10 to 12	5	15
13+	6	18

Table 3 HADD test-score results.*Résultats des scores du HAD D.*

HAD D	Patients (n)	Percentage of patients
0 to 9	28	82
10 to 12	4	12
13+	2	6

Table 4 QOLI test results.*Résultats du QOLI.*

QOLI	Patients (n)	Percentage
Very low	22	43
Low	11	22
Average	15	29
High	3	6

Table 5 SAD test results.*Résultats du SAD.*

SAD	Patients (n)	Percentage
Below 18	26	76
18+	8	24

HADA and HADD

Thirty-four patients took both the HADA and HADD tests. Only 18% on the HADA and 6% on the HADD scored 13+. The greatest percentage of patients scores were between 0 and 9; 68% HADA and 82% HADD (Tables 2 and 3).

QOLI

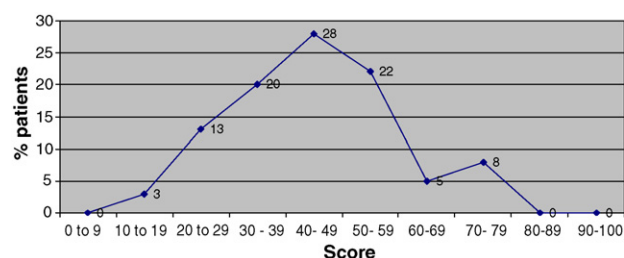
Fifty-one patients completed the QOLI-rating scale. Forty-three percent had a quality of life classified as "very low". Six percent were classified as having a "high" quality of life (Table 4).

SAD

Thirty-four patients completed the SAD test and 76% of patients scored less than 18 (Table 5).

SCL-90-R

Sixty patients completed the SCL-90-R. On the General Symptoms Score (GSI score), 35% of patients scored 50+. On the SCL-90-Anxiety, 68% scored below 50. On the SCL-90-Depression, 60% scored below 50 (Fig. 1).

**Figure 1** A line graph showing the scores of the SCL-90-GSI. *Graphique des scores de la SCL-90-GSI.***Table 6** Cost-effectiveness.*Rentabilité.*

Test	Cost (£)
MMPI-2	14.50
MCM-111	33.40
SCL-90-R	5.95
QOLI	4.78
HAD	*
SAD	*
Total	58.63

*Paid initial costs for tests, but now just photocopy originals.

Coûts initiaux payés pour les tests; à l'heure actuelle, photocopie simple des originaux.

Cost-effectiveness

It was worked out that the average time it took per patient to complete one of the psychometric tests, including administration time and time explaining the test, was 30 min (Table 6). This leads to a total time of 3 h for the full set of six tests. The salary of the nurse who administers the tests is approximately £13.84 an hour. Taking this into account along with the costs of the tests, it means that per patient per set of six psychometric tests, the cost to the clinic is £101.15. This cost will then be doubled six months later when the tests have to be repeated.

Discussion

The results suggest that the assessments of the patients as stated in the protocol were not being carried out properly. At their first appointment, instead of all 80 patients, only 28 (35%) completed all the six psychometric tests. Nineteen (24%) did not complete one. Of those that had taken any of the tests, only 25 had one or more of them repeated. The results also showed that the test scores were not being documented or commented on by the staff. In only four cases had the test scores been referenced to and in only one single case was it obvious from the notes that the management of a patient had been effected by their psychometric-test results.

Having discussed the psychometric tests with the members of the team, it revealed the conclusion that they were reluctant to interpret the results. The MMPI-2 and the MCMI-III were in fact excluded from the results section. As stated by the company who designed them, their purpose is of

"valuable support to psychologists and other mental-health professionals". We, therefore, did not attempt to interpret them. From speaking to the therapists, they would be much happier if the patients had a full psychological assessment by a psychologist before they started therapy.

In our opinion, it would appear that some of the tests, particularly the QOLI and SCL-90-R, are easily manipulated. Many of the patients, coming to the clinic, believe that the staffs are trying to stop them having the treatment they so desperately want. From reading many Internet sites that are used as support forums for gender-dysphoric patients, patients pick up on what they have to say to guarantee themselves treatment, so they try and make this evident in the test results, that is, saying they are "extremely" unhappy about some things and "extremely" distressed by others. It is in the QOLI and SCL-90-R tests that we believe this manipulation is most easily carried out as it is in these that the patients get to quantify how unhappy/distressed they are about certain aspects of their lives. However, the only way we can tell for sure would be to compare their test results against test results from non-gender-dysphoric patients.

The HADA, D, SAD and SCL-90-GSI psychometric tests showed no significant results. In the HADA, only 18% of patients scored 13+ and in the HADD, only 6% scored 13 or more. The SAD results seem fairly similar with only 24% scoring 18+. In the SCL-90-GSI, a slightly higher percentage of patients scored a significant result with 35% scoring 50+, but that still left 65% of the patients scoring less than 50.

In contrast, the QOLI results seem significant. Forty-three percent scored "very low" compared with only 6% scoring a "high" quality of life. This result, however, would quite clearly fit in with a gender-dysphoric patient, that is, someone having to live a life as a member of a sex that he does not feel.

Overall therefore, it can be seen that apart from the QOLI, none of the other tests show any significant results. However, it must be remembered that all these results need to be viewed with caution since the tests have been shown not to be rigorously applied.

Our audit assessed the use of certain psychometric tests on gender-dysphoric patients in a highly specialised corner of the NHS. We found that these tests were not being administered consistently, that there was no training on their use and among most of the professionals working in the clinic, there was little understanding of them. Patients were reluctant and overwhelmed by them and saw them as a tool to be judged by rather than helped by. They could be easily manipulated, however, the results seem to suggest otherwise.

To improve the management of patients with GD, a new or different approach needs to be found for this section of the assessment. This may be through greater awareness of how to use the tests via staff training or by getting rid of them all together. However, in an ideal world, the employment of a clinical psychologist would be the answer as this professional would bring another skill set to the patient and the clinic. Additionally, by offering rapid feedback of test results to the

patient and the rest of the clinical team, an opportunity to address issues, which are identified by the questionnaires, can begin early in the supportive process of the RLE.

It may be asked whether the assessment the patients already received, first by a psychiatrist before being seen at the gender clinic and then a sexologist and three therapists (psychotherapist, speech therapist and image consultant), is not sufficient. The results of the tests would seem to support this argument, that is, many of the results are not significant suggesting that the team are offering treatment only to patients with true GD. However, the tests are not done to differentiate patients with a condition (or comorbid condition) other than GD, but rather to identify those areas where additional psychological intervention may be best offered. Since the Harry Benjamin guidelines are not specific, is another additional assessment method really required? And what would a psychological profile by psychologist add to the assessment if anything at all? It may provide staff with an adequate assessment of the patient's personality traits and their methods of coping, but whether this knowledge would affect the patient's management is another question and remains the topic of debate and further research.

Conclusion

In conclusion, most psychometric, rating scales would appear to have limited or even minimal influence in the preliminary diagnostic assessment of patients with GD and their subsequent management. It was surprising to staff that over half of the patients had no caseness on the administered questionnaires. It has been suggested that, in terms of cost-effectiveness, the money used on administering most of the tests could be better spent elsewhere. Focussed use of specific tests to help exclude specific psychopathology or measure outcome during transition would be better use of limited resources.

References

- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976;128:280–9.
- Feinberg M. Difficulties inherent in certifying people with gender dysphoria. *Aviat Space Environ Med* 1999;70(4):338–9.
- Frisch MB. QOLI available at <http://www.pearsonassessments.com/tests/QoLI.htm> (accessed June 2008).
- Haralidsen IR, Dahl AA. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(4):276–81.
- Hathaway S, McKinley JC. *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press Minneapolis; 1989.
- Levine SB. Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. *J Sex Marital Ther* 1980;6(3):164–73.
- Millon T. *The Millon clinical-multiaxial inventory-III manual*. 2nd ed. Minneapolis, MN: National computer Systems; 1997.
- Zigmond, Snaith. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361–70.